VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Cyfryzacji, Innowacyjności i Nowoczesnych Technologii (nr 87)**

z dnia 11 kwietnia 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Cyfryzacji, Innowacyjności i Nowoczesnych Technologii (nr 87)

11 kwietnia 2018 r.

Komisja Cyfryzacji, Innowacyjności i Nowoczesnych Technologii, obradująca pod przewodnictwem posła **Pawła Pudłowskiego (N)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– propozycje tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2019 r.,

– informację ministra zdrowia o nowoczesnych technologiach w medycynie.

W posiedzeniu udział wzięli: **Janusz Cieszyński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Ilona Skwierzyńska** naczelnik Wydziału Systemu Powiadamiania Ratunkowego w Departamencie Teleinformatyki Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wraz ze współpracownikami, **Dariusz Szałkowski** wicedyrektor Departamentu Gospodarki, Skarbu Państwa i Prywatyzacji Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **mł. insp. Piotr Urbanik** naczelnik Wydziału Dyżurnych w Głównym Sztabie Policji Komendy Głównej Policji, **Marek Woch** pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. kontaktów z organizacjami pozarządowymi i organami władzy publicznej, **Maciej Chorowski** dyrektor Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, **Marek Krawczyk** członek prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich wraz ze współpracownikami, **Ryszard Piotrowicz** przewodniczący Komisji Informatyki i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **Małgorzata Snarska-Świderska** przewodnicząca Komisji Rewizyjnej Stowarzyszenia Organizatorów Ośrodków Innowacji i Przedsiębiorczości w Polsce oraz **Stanisław Pitucha** dyrektor Biura ds. Szpitali i Bazy Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Ewa Gast**, **Julia Popławska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Wojciech Zgliczyński** – specjalista ds. społecznych z Biura Analiz Sejmowych.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Otwieram 87. posiedzenie Komisji Cyfryzacji, Innowacyjności i Nowoczesnych Technologii. Witam państwa posłów i zaproszonych gości. Witam pana ministra. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia obejmuje rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2019 r. oraz rozpatrzenie informacji ministra zdrowia o nowoczesnych technologiach w medycynie. Powyższy porządek i materiały członkowie Komisji otrzymali.

Czy są uwagi do tego porządku? Nie słyszę.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła porządek dzienny posiedzenia bez zmian.

Przystępujemy do realizacji punktu pierwszego porządku dziennego. Uprzejmie informuję, że do sekretariatu Komisji wpłynęły dwie propozycje tematów kontroli do planu pracy NIK na rok 2019. Przeczytam te propozycje tematów. Po pierwsze – koordynacja procesu wdrażania cyberbezpieczeństwa w administracji publicznej i infrastrukturze krytycznej przez Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwo Cyfryzacji oraz drugi temat – właściwe wykorzystanie środków unijnych przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju i Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości oraz efekty wdrożenia tych programów.

Czy jest sprzeciw wobec zaproponowania tych tematów do pracy NIK? Nie słyszę.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła powyższe tematy do zgłoszenia do planu pracy NIK na 2019 r.

Przechodzimy do drugiego punktu porządku dziennego. Uprzejmie proszę podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Janusza Cieszyńskiego o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, jest mi bardzo miło dzisiaj gościć u państwa na posiedzeniu. Przesłaliśmy materiał dotyczący właśnie nowoczesnych technologii w medycynie. On jest oczywiście takim bardzo fragmentarycznym ujęciem, ponieważ właściwie obecnie taka medycyna, którą chcielibyśmy w Polsce, powiedziałbym – uprawiać, składa się głównie z nowoczesnych technologii.

Chciałem opowiedzieć o kilku najbardziej interesujących zagadnieniach, a przede wszystkim o tym zagadnieniu, którym się osobiście zajmuję, czyli o kwestiach informatyzacji i wykorzystania narzędzi teleinformatycznych w systemie ochrony zdrowia. Są też tutaj przedstawiciele Komendy Głównej Policji i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, którzy też chcieliby opowiedzieć trochę o Systemie Wspomagania Dowodzenia Policji. Jest to technologia, która jest wykorzystywana akurat bardzo powszechnie. Dlatego też tutaj pozwolę sobie pod koniec oddać głos państwu. Natomiast już przechodząc do omówienia tego materiału, proponuję, żebyśmy przyjęli taką formułę, że powiedziałbym tutaj o najważniejszych kwestiach, a później ewentualnie, jeżeli pojawiłyby się jakieś pytania, będę bardzo chętnie na nie odpowiedzi udzielał.

Chciałbym rozpocząć od kwestii związanej z rozwojem telemedycyny. Powiedziałbym, że to jest takie zagadnienie, które ma charakter technologiczny, ale wydaje się, że tak naprawdę przede wszystkim cywilizacyjny i demokratyzujący dostęp do systemu ochrony zdrowia. Szanowni państwo, w momencie, w którym będziemy w stanie zapewnić realny dostęp do najlepszych specjalistów z danej dziedziny w dowolnym miejscu w Polsce bez konieczności transportowania pacjenta na znaczne odległości, to będzie bardzo duży i bardzo pozytywny efekt medyczny, a jakby o ten efekt medyczny rzeczywiście na końcu chodzi. W krajach skandynawskich, gdzie te odległości są jeszcze bardziej istotnym elementem, jest tak, że koszt transportu pacjenta w ogóle jest elementem kosztu świadczenia medycznego. Jak się wycenia świadczenia, to się bierze pod uwagę ten koszt transportu. Oczywiście Polska tak dużych problemów nie ma w tym zakresie, ale myślę, że znamy z życia takie sytuacje, kiedy są w danych dziedzinach wybitni specjaliści, którzy np. przyjmują w jednym miejscu w Polsce. W momencie, w którym wykorzystujemy rozwiązania telemedyczne, jesteśmy w stanie tych pacjentów znacznie lepiej i sprawniej obsłużyć.

Ponadto w tym zakresie obecnie pracujemy nad wdrożeniem systemu umożliwiającego wystawianie elektronicznych recept. Pan prezydent podpisał tę ustawę. Ona została opublikowana wczoraj. Tak naprawdę w momencie, w którym ustawa wejdzie w życie, tj. 18 kwietnia, będziemy mieli już wszystkie te ustawowe narzędzia niezbędne do tego, żeby w trakcie zdalnej konsultacji telemedycznej można było, po pierwsze, właśnie postawić diagnozę, ale też zrobić to, czego bardzo często, jak myślę, obywatel potrzebuje, czyli wystawić receptę oraz elektroniczne zwolnienie lekarskie.

Naszym celem w zakresie telemedycyny nie jest regulowanie i dawanie jakichś bardzo jasnych wytycznych – co , jak, gdzie, ponieważ wierzymy w rozwój, właśnie w to, że ta innowacyjność najlepiej sobie radzi wtedy, kiedy tych regulacji nie jest za dużo. Natomiast z drugiej strony chcemy też zapewnić bezpieczeństwo, czyli żeby była np. podstawowa pewność, że rzeczywiście po jednej stronie jest konkretny pacjent, a po drugiej stronie lekarz, po którego poradę sięgamy.

Jest też kwestia związana z przejściem na elektroniczną dokumentację, ponieważ obecnie większość dokumentacji jest wytwarzana w formie papierowej. Naszym celem jest to, żeby ta dokumentacja docelowo znalazła się w formie elektronicznej, dostępnej dla każdego świadczeniodawcy, u którego w danym momencie pacjent się znajdzie.

Kolejna istotna kwestia w rozwiązaniach telemedycznych to jest wykorzystanie tych nowoczesnych technologii w kształceniu kadr. Proszę państwa, to nie są, jak mogłoby

się wydawać, jakieś tam internetowe szkolenia. Finansujemy obecnie ze środków europejskich takie bardzo zaawansowane symulatory medyczne, które pozwalają na wykonywanie pewnych ćwiczeń i podnoszenie kwalifikacji, ale jednak nie na pacjentach. Tutaj jakby siłą rzeczy przez lata edukacja w zawodach medycznych opierała się na tym, że ta nauka, oczywiście pod odpowiednim nadzorem i przy odpowiednim zabezpieczeniu, ale jednak odbywała się przy udziale pacjentów.

Teraz mamy możliwość pewne rzeczy przenieść do świata wirtualnego i z tego intensywnie korzystamy. Mówimy tutaj np. o takich rzeczach jak wsłuchiwanie się w zaburzenia oddychania i rytm serca, ćwiczenie wkłucia dożylnego. To są rzeczy, które bardzo chcielibyśmy, żeby w miarę możliwości odbywały się na jakimś gumowym człowieku, a nie takim z krwi i kości. Nie wiem co prawda, czy jest tak, że taki gumowy człowiek też krzyczy, jeżeli się to wkłucie źle zrobi, ale mam nadzieję, że da się i tak to w jakiś innowacyjny sposób zorganizować.

W zakresie, o którym państwo z policji pewnie też będą mogli coś powiedzieć, to jest właśnie także kwestia ratownictwa medycznego. Jak państwo pewnie wiedzą, teraz dążymy do tego, żeby to ratownictwo medyczne w Polsce było w pełni państwowe, żeby to była taka sama służba jak właśnie policja, straż pożarna i wszystkie tego typu służby, które rzeczywiście niosą pomoc, niosą ratunek w sytuacjach nadzwyczajnych. Z tego też powodu idziemy w stronę tego, żeby te zagadnienia były pod nadzorem państwa.

Natomiast muszę też powiedzieć, że jeśli chodzi o informatyzację procesów, to te kwestie ratownictwa medycznego są zinformatyzowane bardzo dobrze. Rzeczywiście tutaj, jak się w odpowiednie zakamarki ministerstwa trafi, to tam można zobaczyć interaktywną mapę, na której widać, gdzie co w danej chwili się dzieje. Możemy tak naprawdę dużo lepiej niż w analogowej formie zarządzać tymi procesami. Tutaj też są aplikacje zarówno dla dyspozytorów, jak i dla obywateli, które pozwolą np. wezwać pomoc wtedy, kiedy ona jest potrzebna, właśnie bez konieczności dzwonienia, bez konieczności wykonywania telefonu, tylko właśnie za pośrednictwem nowoczesnej aplikacji mobilnej.

Widzę, że jest z nami pan profesor Chorowski, więc tutaj jest też nauka. Nauka to jest bardzo istotna część tych innowacji, które w medycynie wprowadzamy. Jest bardzo duże finansowanie ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Coraz więcej jest programów sektorowych. Są programy wspierające rozwój technologii lekowych, jak też wyroby medyczne, metody diagnostyczne, metody rehabilitacji w neuromedycynie, rozwój narzędzi wspierających badania nad produktami leczniczymi, jak też w zakresie neuromedycyny zastosowania diagnostyczno-predykcyjne. To jest w ramach programu InnoNeuroPharm. Jest program strategiczny Strategmed. Są też konkursy prowadzone w NCBiR. One odpowiadają na potrzeby starzejącego się społeczeństwa.

Jest to jakby dostosowane do tych potrzeb, które wynikają z problemów w systemie ochrony zdrowia. To nam pozwala – że tak powiem – celować konkretnymi rozwiązaniami w konkretne problemy, które są w systemie ochrony zdrowia do rozwiązania, żeby one były realizowane przez polskich badaczy i dzięki temu też mogły być jak najszybciej wdrożone w polskim systemie.

Znany jest państwu system krajowych inteligentnych specjalizacji. Tutaj też te aspekty medyczne są uwzględnione. Jest obszar „Zdrowe społeczeństwo", ale myślę, że to są takie bardzo już szczegółowe kwestie. To też pewnie było poruszane przy okazji wszelkich przeglądów w ogóle tematyki unijnej, więc już w to się nie będę wgłębiał.

Natomiast ciekawym projektem jest to, co teraz się dzieje we Wrocławiu. Wirtualny Instytut Badawczy to jest taki projekt, który polega na tym, że będą granty we współpracy z międzynarodowymi ośrodkami, ale powiedziałbym, że takie bardzo nowoczesne, ponieważ polegające na tym, że środki będą przeznaczane na długoterminowe funkcjonowanie grup badawczych. Czyli dawanie bardzo dużej odpowiedzialności i bardzo dobrych środków na warunkach – powiedziałbym – co najmniej europejskich, ale też z naciskiem na to, że Wrocławskie Centrum Badań EIT+, które prowadzi ten instytut, będzie wspierało naukowców przy pomocy zespołu transferu technologii i będzie wspierało rozwój innowacji właśnie w stronę tego, żeby one później znajdowały wykorzystanie w biznesie. Wiadomo, że ta działalność naukowa jest bardzo istotna, ale jak się ma ograniczone środki, to warto zawsze myśleć o tym, żeby inwestować najlepiej tam,

gdzie mamy wyższe prawdopodobieństwo tego, że później będziemy w stanie to skomercjalizować. Myślę, że to jest najciekawszy program. Powiedziałbym, że on jest o tyle bliski obecnemu kierownictwu Ministerstwa Zdrowia, że pan profesor Szumowski jeszcze w poprzedniej roli brał czynny udział w przygotowaniu tego programu.

Kolejna kwestia to są polityki zdrowotne. W ramach zadań Polkardu, czyli programu profilaktycznego w kardiologii, jest planowana realizacja regionalnych międzyszpitalnych platform telemedycznych, które poprawią efektywność leczenia przy udarach. Tutaj też pokazujemy, że nas interesuje to, że tam, gdzie to jest możliwe, chcemy też schodzić na poziom regionalny, samorządowy, żeby te działania były prowadzone nie tylko właśnie centralnie, ale też żeby stawiać jakieś cele i pozwalać na rozwój tych narzędzi bliżej tak naprawdę pacjenta. Akurat w przypadku profilaktyki kardiologicznej to jest problem bardzo istotny. To się znalazło też w exposé premiera. W takich sytuacjach rzeczywiście warto wspierać te ośrodki regionalne, ponieważ w nich jest duży potencjał. Może być więcej niż jeden taki ośrodek i to wciąż ma ekonomiczny sens, ponieważ jeżeli to są bardzo wyspecjalizowane badania i bardzo wyspecjalizowane technologie, to wtedy pewnie warto się zastanowić nad tym, czy nie lepiej, żeby był jeden, ale silny niż kilka rozproszonych.

W ramach programu rozwoju medycyny transplantacyjnej jest realizowane zadanie – przepraszam, ale tu muszę całość przeczytać, bo tego nie sposób spamiętać – „Fotofereza pozaustrojowa (ECP) w leczeniu ostrej (aGvHD) lub przewlekłej (cGvHD) choroby przeszczep przeciw gospodarzowi". Widzę, że to tak zapisane jest nie bardzo. Przepraszam bardzo, ale tu w każdym razie chodzi o to, że transplantologia to jest niezwykle... Powiedziałbym, że to jest dziedzina, w której zresztą zamierzamy teraz dużo zmienić. Pani minister Głowala pracuje nad nowym projektem w tym zakresie. Naszym zdaniem tam rzeczywiście też jest miejsce na wprowadzanie innowacyjnych technologii.

Bardzo dużo innowacji jest w programach lekowych. Dzisiaj rano minister Czech opowiadał o rozwojowym trybie refundacyjnym, który ma służyć temu, żeby wprowadzać innowacyjne technologie lekowe, ale w szczególności takie, które są wytwarzane w Polsce, żeby uwzględnić ten czynnik w procesie refundacji. Leki innowacyjne są niezwykle istotnym elementem, ponieważ to są zazwyczaj leki najskuteczniejsze, najnowsze, ale jednocześnie, jeżeli one będą wytwarzane poza Polską, to one będą też dla nas bardzo drogie. Po prostu w sytuacji, w której mamy ograniczony budżet na finansowanie leków, bardzo nam zależy na tym, żeby oprócz tego biznesowo-technologicznego i naukowego elementu był też tutaj brany pod uwagę aspekt ekonomiczny, czyli to, że te leki powstają w Polsce.

Teraz chciałbym może wrócić do tego, czym sam się zajmuję, czyli do technologii informacyjnych. Tutaj największym projektem jest Platforma P1, nad którą prace tak naprawdę trwają już od wielu, wielu lat, ale wydaje się, że mogę państwu dzisiaj już to powiedzieć, że one już zmierzają ku końcowi. Rzeczywiście, zgodnie z decyzją Komisji Europejskiej, zgodnie z tym, co ustaliliśmy, będzie tak, że ta platforma będzie gotowa i w pełni funkcjonalna pod koniec przyszłego roku. Stabilizacja obejmie jeszcze później trzy miesiące roku 2020, ale w momencie, w którym ten proces się zakończy, będziemy mieli gotowe trzy funkcjonalności widoczne dla pacjenta i dla lekarza, czyli elektroniczną receptę, elektroniczne skierowanie i wymianę elektronicznej dokumentacji medycznej.

Natomiast oprócz tego w ramach projektu powstanie platforma analityczna, taka hurtownia danych, która pozwoli na dużo lepsze niż obecnie analizowanie pewnych zdarzeń, analizowanie trendów w medycynie, zarówno pod kątem potrzeb zdrowotnych, jak i też pod kątem optymalizacji wydatków płatnika, ponieważ z naszego punktu widzenia informatyzacja jest pierwszym krokiem do tego, żeby na podstawie rejestrów medycznych, a później na podstawie wyników badań jakości analizować to, jaka jest rzeczywista efektywność poszczególnych elementów systemu ochrony zdrowia. Chodzi o to, żeby optymalizować to tak, żeby mając pełen przegląd, taki widok 360º na sytuację pacjenta od diagnozy aż do skutecznego leczenia, być w stanie przekierowywać te środki tam, gdzie one są najbardziej efektywnie wykorzystane.

Obecnie jest tak, że wiele źródeł danych już istnieje, natomiast to są informacje rozproszone, a tylko ich agregacja i analiza pozwoli nam na to, żeby rzeczywiście tak efektywnie, jak to tylko możliwe, wydawać te już przeszło – wydaje się – około 100 mld zł. Jest pytanie, czy w tym roku nam się uda tę sumę przekroczyć w zakresie publicznych

wydatków na system ochrony zdrowia, czy to będzie w roku przyszłym, ale to jest mniej więcej ta skala. Mając więc tak duży budżet, bardzo nam zależy na tym, żeby mieć stuprocentową pewność, że on jest wydawany efektywnie. Takie najważniejsze nadchodzące... Przepraszam?

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Suma nas powala. O 100 mld zł pan powiedział?

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Jak się zsumuje fundusz Narodowego Funduszu Zdrowia plus inne wydatki, to nie kosztuje aż tyle ten projekt. Spokojnie.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Nie, nie.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Nie no, jak się zsumuje roczny wydatek, cały sektor finansów publicznych, jeżeli się zsumuje wydatki NFZ, różne wydatki budżetowe, samorządowe...

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Nie ma prywatnych?

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Nie, nie. To tylko publiczne, ale też samorząd. Jak mówię, jeszcze pewnie w tym roku, zgodnie z budżetem na ten rok, w tej postaci przyjętej, nie przekraczamy tego progu 100 mld zł. Natomiast wszystko wskazuje na to, że w tym lub w przyszłym roku na wykonaniu mniej więcej tyle tego będzie, więc to są bardzo duże kwoty i rzeczywiście warto o tym pamiętać. Nic nie słyszę.

Poseł Paweł Arndt (PO):

Mówię, że sam NFZ to jest ponad 70 mld.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Ponad 80.

Pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. kontaktów z organizacjami pozarządowymi i organami władzy publicznej Marek Woch:

83.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Tak. Pan mecenas tutaj słusznie zauważył, że 83. To jest ponad 80 mld już w tym roku. Sam NFZ. Dążąc tutaj do kompleksowego przeanalizowania, ile jest tych wszystkich wydatków, ponieważ są też środki wydawane poza budżetem funduszu, to – jak mówię – zbliżamy się w rejony 100 mld zł.

Teraz może najważniejsze daty z tego projektu P1. Już 1 maja ruszymy z operacyjnym pilotażem elektronicznej recepty. Stopniowo rozszerzając zasięg terytorialny, będziemy dążyli do tego, żeby zgodnie z harmonogramem dojść do tego, że pod koniec tego roku wszystkie apteki będą podłączone do systemu. Rok później wchodzi też obowiązek wystawiania recept dla wszystkich świadczeniodawców. Natomiast nam bardzo zależy na tym, żeby nie było w ten sposób, że się okaże, że my po prostu z dnia na dzień będziemy oczekiwali, że wszyscy się podłączą, tylko właśnie mamy szczegółowo rozplanowany harmonogram wdrożeń, terytorialnie i właściwie nawet co do konkretnych świadczeniodawców, tak żeby to było zrobione jakby przyrostowo, a nie rewolucyjnie.

Tu jest jeszcze kilka projektów, które realizuje Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). E-Krew to jest projekt, który dotyczy informatyzacji publicznej służby krwi, e-Usługi to taki projekt, który ma wesprzeć informatyzację podmiotów leczniczych, które są nadzorowane przez ministra zdrowia. Zresztą analogiczny projekt realizują też Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i Ministerstwo Obrony Narodowej w swoich jednostkach.

Oprócz tego pracujemy też nad legislacją związaną z wydaniem rozporządzeń dotyczących rejestrów medycznych, ponieważ na podstawie ustawy o systemie informacji

w ochronie zdrowia każdy rejestr wymaga właśnie takiego rozporządzenia. Chciałbym też tutaj wykorzystać to, że jesteśmy właśnie w takim gronie i powiedzieć, wbrew różnym głosom, że nie jest prawdziwa teza, jakoby rejestry medyczne obecnie funkcjonowały bez podstawy prawnej. One zostały utworzone na podstawie rozporządzeń i fakt, że te rozporządzenia już nie obowiązują, nie zmienia faktu, że one powstały zgodnie z prawem. Nie można tutaj podnosić takiego argumentu. Myślę, że to jest dość ważne, ponieważ zawsze, kiedy pacjent, lekarz czy naukowiec słyszy, że są rejestry medyczne, które mają niepewną sytuację prawną, to może budzić jakiś taki niepokój. Chciałem tylko państwa zapewnić, że to jest niepokój nieuzasadniony.

Jak mówię, jeżeli tutaj państwo chcieliby coś dodać o tych systemach, które państwo realizują, może to jest ten moment. Wydaje mi się, że już wszystko powiedziałem, a ewentualnie później chętnie odpowiem na pytania.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Panie naczelniku, bardzo proszę.

Naczelnik Wydziału Dyżurnych w Głównym Sztabie Policji Komendy Głównej Policji Piotr Urbanik:

Dzień dobry, szanowni państwo. Nazywam się Piotr Urbanik. Jestem naczelnikiem Wydziału Dyżurnych w Głównym Sztabie Policji Komendy Głównej Policji.

Chciałbym krótko powiedzieć w ogóle o współpracy w ramach systemu powiadamiania ratunkowego właśnie pomiędzy naszymi służbami, podmiotami, bo m.in. dotyczy to również Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Ten kontekst miał być również poruszany, dlatego m.in. zostałem zaproszony na to spotkanie.

Jeżeli mówimy właśnie o tych technologiach, innowacyjności, to nie możemy zapominać również o systemie powiadamiania ratunkowego i narzędziach, które są niezbędne, żeby ten system funkcjonował zgodnie z tym, czego oczekują obywatele. Może krótko o systemie. Nie chciałbym zabierać dużo czasu. System powiadamiania ratunkowego to narzędzie wdrożone ustawą o systemie powiadamiania ratunkowego w 2013 r. Chcieliśmy tutaj wypracować takie narzędzie, które ułatwi obywatelom uzyskanie pomocy od podmiotów przeznaczonych do tego. Czyli dzwoni obywatel, ponieważ mamy bezpośrednie zagrożenie życia, zdrowia lub mienia, i oczekuje pomocy, a my poprzez organizację, zarządzanie informacją oraz dysponowanie odpowiednimi siłami i środkami tę pomoc zapewniamy jak najszybciej i jak najsprawniej.

Pokrótce. Z czego składa się system? Mamy 17 centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) w kraju, we wszystkich miastach wojewódzkich i w Radomiu. Są tam wyspecjalizowani operatorzy numerów alarmowych. Obecnie przyjmują zgłoszenia z numeru alarmowego 112. Już teraz poczyniliśmy starania, żeby do końca tego roku przyjmowali również zgłoszenia z numeru alarmowego 997. Wcześniej Policja obsługiwała ten numer. Teraz do końca roku będą to robić właśnie operatorzy numerów alarmowych w tych centrach. Planujemy również w następnej kolejności, bo tak przewiduje ustawa, przeniesienie numerów 998 i 999, żeby oczywiście ta współpraca odbywała się płynnie. Jakie zadania ma ten system? Przyjąć jak najszybciej zgłoszenie od obywatela, który wymaga pomocy. Operator ocenia, na czym polega to zgłoszenie. Ma odpowiednie narzędzia, które następnie wykorzystuje, żeby powiadomić policję, Państwową Straż Pożarną i PRM. Wtedy dzięki tym narzędziom można sprawnie zadysponować siłami i środkami.

Co to są przede wszystkim za narzędzia? Każda z tych służb i instytucji dysponuje dziedzinowymi systemami teleinformatycznymi. Zarówno centra powiadamiania ratunkowego mają swój system teleinformatyczny, policja ma swój system, jak i straż pożarna i PRM. Żeby sprawnie się to odbywało, staramy się, aby te systemy ze sobą współpracowały.

Stworzyliśmy coś takiego jak interfejs komunikacyjny, a więc mając już informację w centrum powiadamiania ratunkowego, co się stało, czego dotyczy sytuacja, operator wpisuje do swojego systemu, na czym polega zagrożenie, następnie wybiera właściwe służby, które powinny być zadysponowane do obsługi tego zdarzenia i po wybraniu jednym kliknięciem przesyła taką informację do systemów dziedzinowych tych służb. Wtedy służby odbierają tę informację i mają z automatu takie możliwości jak np. otrzymanie informacji o lokalizacji osoby zgłaszającej, czyli dotyczącej zakończenia sieci, z której

zostało wykonane to połączenie alarmowe. Czyli mamy długość i szerokość geograficzną na podstawie stacji bazowych (BTS). Widzimy, gdzie ta osoba się znajduje. W naszym systemie mamy też możliwość monitorowania na mapie naszych patroli, które znajdują się najbliżej tego zgłoszenia. Dzięki temu możemy w miarę szybko i sprawnie zadysponować siłami i środkami.

Właśnie ten interfejs komunikacyjny jest jednym z podstawowych narzędzi, które staramy się rozwijać. Uruchomiliśmy go, jeżeli chodzi o tę współpracę pomiędzy Policją i strażą pożarną, jak i oczywiście CPR-ami. Teraz dojdzie jeszcze System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM), który został niedawno uruchomiony. Ten interfejs obecnie jest testowany. Są to jedne z najważniejszych narzędzi, na podstawie których będziemy mogli po prostu sprawniej funkcjonować.

Może jeszcze krótko o zgłaszaniu przez obywateli... Obecnie obywatele mają możliwość dokonywania zgłoszeń po prostu za pośrednictwem telefonów. Telefon stacjonarny, telefon komórkowy. Tutaj pani naczelnik może jeszcze uzupełni informację, bo wie więcej ode mnie, ale już przewidujemy możliwość przygotowania specjalnej aplikacji dla osób niepełnosprawnych, za pośrednictwem której będą one mogły również dokonać takiego zgłoszenia poprzez wybranie odpowiednich obrazków, piktogramów i przesłanie takiej informacji, co się ewentualnie stało, jakiej pomocy potrzebują.

Kolejna rzecz, która jest nowością i którą też przepisy Unii Europejskiej wymusiły, to jest konieczność odbierania w takich centrach również tzw. eCall, czyli zgłoszeń pojazdów. Jedzie pojazd i kierowca nagle źle się poczuje. Ma taką funkcjonalność, ponieważ to będzie we wszystkich nowych autach, produkowanych od kwietnia br., że może po prostu dokonać takiego wywołania, naciskając jeden przycisk, połączyć się z centrum i ewentualnie przekazać szybko, co się dzieje. Jeżeli nie będzie mógł tego zrobić, będzie jakiś wypadek, kolizja, wtedy uruchomią się czujniki w takim pojeździe i również prześlą zgłoszenie. Wtedy operator numeru alarmowego widzi mniej więcej podstawowe informacje niezbędne do dalszego działania, czyli widzi tak naprawdę, co to jest za pojazd, ile osób w środku, w którym kierunku poruszał się ten pojazd. Jego lokalizację też możemy otrzymać. Operator widzi numer telefonu przypisany do tego właśnie urządzenia w tym pojeździe i może próbować po prostu oddzwonić do osób, które podróżują tym pojazdem. Jeżeli to się uda, można uzyskać dodatkowe szczegóły. Jeżeli nie, to przesyła się taką informację do właściwych służb, które są po prostu dysponowane i udają się na miejsce, bo podejrzewamy, że stało się coś złego, skoro te czujniki się uruchomiły i takie zgłoszenie zostało przesłane.

Staramy się być innowacyjni, nadążać za technologiami i wdrażać po prostu narzędzia, które są niezbędne do tego, żeby nieść pomoc obywatelom. To tak pokrótce. Myślę, że to chyba wystarczy, jeżeli chodzi o system powiadamiania ratunkowego.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję, panie naczelniku.

Otwieram dyskusję. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę się przedstawić i podać instytucję.

Przewodniczący Komisji Informatyki i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Ryszard Piotrowicz:

Nazywam się Ryszard Piotrowicz. Jestem przewodniczącym Komisji Informatyki i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Na co dzień mam zaszczyt pracować w Instytucie Kardiologii.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałem państwu powiedzieć pokrótce – zajmie mi to może trzy minuty – o procedurze, która ma szansę stać się innowacyjną wizytówką polskiej kardiologii w Europie, a kto wie, czy nie na świecie. Może krótki background. W Polsce leczenie zawałów, ostrych incydentów sercowych jest na poziomie światowym. Właściwie wszyscy nam zazdroszczą. Po roku, dwóch umieralność zrzuca nas na koniec listy europejskiej. Jaka jest tego przyczyna? Brak wdrożenia, a właściwie dostępności systemu kompleksowej – tu podkreślam, że kompleksowej – rehabilitacji kardiologicznej. Nie będę rozszerzał tu tematu, co to jest, które waha się... W skali kra-

jowej to jest 20%, a w regionach od 0% do 50%. Są takie regiony – nie będę wymieniał jakie. Zaniechanie tej procedury w standardach europejskich to jest błąd w sztuce.

Jak można temu zaradzić? Powstało m.in. takie hasło „From hospital to home". W Polsce powstała myśl o strategii telerehabilitacji hybrydowej, czyli przeniesieniu rehabilitacji do domu, co zwiększa dostępność, zmniejsza dysproporcje, bo właściwie wszędzie możemy dotrzeć, i powinno wpływać na umieralność późną w kardiologii. W Polsce powstała myśl, w Polsce powstały badania naukowe, w Polsce powstały pilotaże i w Polsce, z czego możemy być dumni, powstały wieloośrodkowe właściwie badania. Realizujemy je w ramach Strategmedu. Jest to jedyne na świecie badanie wieloośrodkowe, które realizuje telerehabilitację hybrydową u pacjentów najciężej chorych, czyli z niewydolnością serca. Po wynikach tego badania, jeśli one spełnią nasze oczekiwania i dadzą spodziewane efekty, będziemy mogli wdrożyć tę procedurę jako standard europejski, ponieważ to wszystko jest chwalone w dokumentach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, tylko brak było badań wieloośrodkowych.

Myślę, że jest to dla państwa jeszcze o tyle ważne w skali społecznej, że Polska jest jedynym krajem na świecie, w którym ta procedura jest finansowana przez rząd, przez NFZ. Wszyscy w Europie nam tego zazdroszczą.

Dlaczego tu tak przemawiam? Ponieważ efektywność tej procedury powoduje, że możemy dwu-, trzy-, czterokrotnie na tej samej bazie, którą posiadamy – łóżkowej, sprzętowej, lokalowej, kadrowej itd. – zwiększyć dostępność rehabilitacji. Będzie to jednak działało tylko wtedy, jeśli nie będzie realizowane w skali mikro, ale będzie realizowane w skali makro, bo wtedy to będzie opłacalne również finansowo. Jak na razie, mimo tych wszystkich zalet i sukcesów, o których powiedziałem, działa to niestety w skali mikro. Tutaj trochę ukłon w stronę MZ. Zresztą stosowny dokument nawet złożyliśmy u pana premiera Morawieckiego przy okazji spotkania, żeby wprowadzić mechanizmy, które umożliwiłyby realizowanie tej sprawdzonej metody w Polsce w skali makro, co dopiero wykaże jej efektywność w skali społecznej.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Rozumiem, że to jest bardziej komentarz niż pytanie, tak?

Przewodniczący Komisji Informatyki i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Ryszard Piotrowicz:

Tak.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę.

Poseł Maciej Masłowski (Kukiz15):

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, mam takie pytanie, dlatego że w materiałach, które mamy, jeżeli chodzi o projekt Platforma P1, jest m.in. wymienione, że „projekt P1 w swoim zakresie obejmuje" e-receptę, e-skierowanie itd. Ostatnim punktem jest „Internetowe Konto Pacjenta oraz aplikacja usługodawców i aptek".

Moje pytanie polega na tym, że założyłem konto w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) w 2011 r., dlatego że było to możliwe, istniała strona internetowa, była bezpłatna infolinia o numerze 0 800 345 350, gdzie cały czas, całą dobę pracowała pani... Przepraszam, nie całą dobę – do godziny 18 czy do 20. Pracowała pani, która od 8 rano do 18 czy do 20 odbierała telefony i informowała, gdzie można to konto potwierdzić. Później, w roku 2012, dalej to wszystko istniało i cały czas to IKP miało działać. Doszedł jeszcze projekt e-Recepta. W 2013 r. zmieniono tylko numer infolinii z końcówką 345 350. W 2014 r. zmienił się cały layout strony, dlatego że kolory niebieski, różowy, fioletowy zmieniły się na zielono. Pojawiła się pani Dorota Wellman, która promowała projekt e-Zdrowie P1. Oczywiście od samego początku, od 2011 r. albo od 2012 r., była aplikacja mobilna, którą też jeszcze mam. Chodzi mi o to, że cała strona plus aplikacja została zbudowana w 2011 r.

Chcę, żeby pan wiedział, że to nie jest atak na pana, bo to było siedem lat temu. Natomiast w tamtych latach została wybudowana strona, została zbudowana aplikacja, zostali zatrudnieni ludzie, którzy na infolinii odpowiadali na pytania, została do kampanii zatrudniona pani Dorota Wellman, później po roku 2014... W 2015 r. w zasadzie strona się nie zmieniła, zniknęło tylko zdjęcie pani Doroty Wellman. Dzisiaj mamy 2018 r. i czytamy o tym, że na jednym z etapów „w swoim zakresie P1 będzie obejmowało stworzenie Internetowego Konta Pacjenta".

Stąd więc moje pytanie, chociaż może pan nie mieć tych informacji dzisiaj, ewentualnie prosiłbym o odpowiedź na piśmie w późniejszej informacji, bo jako ministerstwo macie informacje z wielu lat. Ile ogólnie zostało już środków przekazanych? Czy ta wersja IKP plus aplikacji mobilnej, która istniała, jest możliwa do uruchomienia, czy będziemy ją na nowo budować? Bo tamto też zostało wybudowane m.in. ze środków MZ i ze środków unijnych. Tutaj jeszcze był oczywiście centralny system informacyjny. Wchodząc dzisiaj na stronę ikp.gov.pl, przekierowani zostajemy od razu na CSIOZ. Mam więc pytanie o to, ile środków już poszło i czy jest możliwość, żeby np. uruchomić to, na co zostały już wydane te pieniądze, żebyśmy nie musieli budować od nowa. Dlatego że przypuszczam, że gdzieś na to wszystko wpływa m.in. to, że jak nam się zmienia władza, to my jakby często zaczynamy budować od nowa, a może potrafilibyśmy wykorzystać i wdrożyć coś, co już zostało stworzone. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

To bardzo zasadne pytania. Dziękuję, panie pośle. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Może byłaby możliwość, żeby teraz...

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Nie, nie. Procedura jest troszeczkę inna. Czy ktoś jeszcze z państwa? Bardzo proszę, pan poseł Marchewka, potem pan Antoni Mężydło, a potem pan profesor.

Poseł Arkadiusz Marchewka (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, oczywiście w tym materiale, który dostaliśmy, są kwestie, które są wyzwaniami, ale chciałbym zwrócić uwagę na to, co jest tu i teraz albo co się stanie w najbliższej przyszłości. Mianowicie 1 lipca br. lekarze będą mogli wystawiać zwolnienia lekarskie tylko w formie elektronicznej za pośrednictwem systemu komputerowego. Oczywiście wyeliminowane mają zostać zwolnienia w formie papierowej, więc można powiedzieć, że jest to kwestia, która już za kilka miesięcy będzie dotyczyć bezpośrednio pacjentów.

Natomiast zwracam uwagę na opinię lekarzy, którzy wskazują jasno, że wiele gabinetów lekarskich jest nieprzygotowanych właśnie do realizacji tych zwolnień elektronicznych. Zwracają m.in. uwagę na to, że zaledwie... Porozumienie Zielonogórskie wskazuje, że zaledwie 30–50% gabinetów lekarskich posiada komputery i dostęp do sieci. Ponadto zwracana jest uwaga na to, że system logowania się do bazy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest dosyć problematyczny i trwa dłużej niż wystawianie zwolnienia w formie papierowej, nawet w kontekście tzw. SMS-ów weryfikacyjnych, którymi lekarz potwierdza logowanie do systemu. Zdaję sobie z tego sprawę, że kwestia ZUS nie podlega bezpośrednio MZ, jednak kwestie dotyczące zwolnień, czyli tego pierwszego, najistotniejszego, najbliższego nam etapu świadczenia usług zdrowotnych drogą elektroniczną, są niezwykle istotne.

Czy pan minister jest w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy jest gwarancja funkcjonowania tego systemu właśnie od 1 lipca 2018 r.? Czy są widoczne te zagrożenia, o których wspomniałem, a o których mówią lekarze? W jaki sposób ministerstwo pracuje nad tym, aby uniknąć komplikacji wynikających właśnie z tego, że infrastruktura informatyczna nie będzie odpowiednio przygotowana do tego, aby takie zadania realizować? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Pan poseł Mężydło, bardzo proszę.

Poseł Antoni Mężydło (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, sama informatyzacja służby zdrowia i odchodzenie od wersji papierowej na rzecz cyfrowej to też jest chwalebne w samym swoim założeniu. Natomiast. jak pamiętam, od kilkunastu lat cały czas mówiło się o służbie zdrowia, że jest to taki system, który jest dosyć dziurawy. Niektórzy określali, że to jest durszlak i obojętnie, ile się tam dosypuje pieniędzy, to i tak nieefektywnie one są wykorzystywane.

Czy poprzez informatyzację uda się pozatykać te wszystkie dziury, żeby można było bezpiecznie dosypywać pieniędzy z budżetu do służby zdrowia i one będą efektywnie wykorzystywane, a nie będą przeciekały przez ten durszlak? Czy uda się zapełnić służbę zdrowia tymi pieniędzmi i nie będą one przeciekały?

Czy cały ten system informatyzacji uwzględnia również to, żeby efektywnie zarządzać służbą zdrowia? To jest chyba ta działka, która do pana należy, akurat jeśli chodzi o zarządzanie służbą zdrowia i uszczelnienie całego tego systemu. Jeżeli tutaj państwo decyduje się na to, żeby dosypywać pieniędzy do służby zdrowia, to żeby to zostało efektywnie wykorzystane. Czy te wszystkie dziurki już są pozatykane? Czy ministerstwo zdaje sobie sprawę z tego, ile jeszcze jest do zatkania?

Czy ministerstwo samo w sobie dysponuje kadrami i pomysłami na to, żeby te systemy zostały wkrótce wykonane, i system zdrowia będzie szczelny? Czy do tego nie będzie potrzebne np. Ministerstwo Cyfryzacji, które by mogło – nie wiem – niektóre systemy zbudować dla MZ? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Pan profesor Piotrowicz, a później pan przewodniczący Arndt.

Przewodniczący Komisji Informatyki i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Ryszard Piotrowicz:

Mam takie pytanie odnośnie do dzikiego powstawania platform wszelkiego rodzaju w telemedycznym zabezpieczeniu służby zdrowia. Na dziko, w sposób niezorganizowany, aczkolwiek finansowany bardzo często ze środków publicznych, powstają platformy, nad czym nikt nie panuje. Wobec tego wszystkiego, co pan minister podał, czy ministerstwo planuje zintegrowany system platform w służbie zdrowia? System, który by jakoś spowodował, że nie będziemy wydawali niepotrzebnie pieniędzy na platformy, które będą tylko dlatego, żeby być platformami jakichś instytucji, ośrodków itd., bo w tej chwili to tak jest.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Pan przewodniczący Arndt.

Poseł Paweł Arndt (PO):

Bardzo dziękuję. Troszeczkę w nawiązaniu do tego, co mówił pan poseł Marchewka, chciałbym spytać o e-recepty. Otrzymałem od pana ministra materiał na piśmie. Ten materiał jest datowany na dzień 20 lutego. Z tego materiału wynika, że właściwie e-recepty powinny być wdrożone w lutym. Pan minister mówił o 1 maja, a potem mówił o jakiejś dalszej części roku i o wprowadzaniu tego programu terytorialnie. Czy to by znaczyło, że w różnych częściach kraju on będzie w różnym czasie wprowadzony? Jeśli tak – to kiedy?

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję. Panie profesorze, bardzo proszę.

Dyrektor Narodowego Centrum Badań i Rozwoju Maciej Chorowski:

Chciałem podziękować za posiedzenie...

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Mikrofon. Proszę się przedstawić do potrzeb nagrania.

Dyrektor NCBiR Maciej Chorowski:

Maciej Chorowski, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

Faktycznie istnieje duża różnorodność programów, projektów, które są finansowane przez centrum i mają bezpośredni związek z medycyną. Gdybyśmy podsumowali to w wymiarze finansowym, byłyby to kwoty rzędu setek milionów złotych, może nawet

jakichś pojedynczych miliardów, szeroko rozumiejąc medycynę jako zagadnienia związane zarówno z farmaceutykami, jak i wyrobami medycznymi, a także takimi obszarami, których wprost związek z medycyną nie jest od razu widoczny, gdyż np. finansując pewne badania w obszarze fizyki wysokich energii, rozwijamy technologie, które potem obserwujemy czy to w pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), czy w terapii protonowej. Właściwie fizyka spłaca swój dług wobec społeczeństwa, dając przyrządy medycynie.

Natomiast moja generalna uwaga jest taka, że tych programów jest zbyt dużo, koncentracja jest niewielka, brak jest sygnałów na temat tych kierunków, które nazwalibyśmy strategicznymi. Często popełnianym błędem jest finansowanie do takiego etapu, w którym koszty zostały poniesione, a tzw. wdrożenie nie może być zrealizowane, ponieważ finansowanie pośrednie jest zbyt wysokie, aby móc je czynić, ze względu na dostępne środki, a jednocześnie jakby zaniechanie działań jest trudne. To jest też pewien apel, żeby generować może mniejszą liczbę pytań, a bardziej postępować zgodnie z tą zasadą, że rozwiązujemy te problemy, z których rozwiązania mamy największy pożytek, nie próbujemy rozwiązać wszystkiego przy takich zasobach, jakie są. Taka byłaby ogólna uwaga.

Jeżeli natomiast chodzi o informatyzację, według mnie jeżeli się ma bałagan, a potem się go zinformatyzuje, to się ma zinformatyzowany bałagan, jeszcze gorszy do uprzątnięcia. Najpierw trzeba naprawiać systemy, które są relatywnie proste, a zinformatyzowany system jest bardziej złożony, bo ma dodatkową warstwę. Sama informatyzacja bałaganu to jest tylko zinformatyzowany bałagan. To jest też pewna klęska, którą nieraz obserwujemy. Nam się wydaje, że poprawiamy. My niczego nie poprawiamy, tylko jeszcze dokładamy dodatkową warstwę, która nas oddziela od tego, co moglibyśmy zobaczyć. To jest dodatkowy dywan, który ma przykryć ten dywan, pod którym są śmieci. One się tam dalej znajdują. Może będą mniej widoczne, bo rozłożymy pewną warstwę, która je trochę zamortyzuje.

Proszę mi wierzyć, że to dotyczy bardzo wielu dziedzin, łącznie z prowadzeniem eksperymentów naukowych, których jakość nie wzrasta tylko przez to, że je zinformatyzujemy. Gdzieś trzeba sięgnąć do głębi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Ten temat jest w ogóle bardzo szeroki. To w nawiązaniu też do tego, o czym mówił pan poseł Masłowski. Czy my w skali czterech lat jesteśmy w stanie przeprowadzić skuteczną reformę służby zdrowia polegającą na uporządkowaniu, o czym mówi pan profesor, a w dalszej części dopiero na informatyzacji? Czy ten projekt może się zamknąć w cztery lata albo czy może być kontynuowany przez kolejne rządy?

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Jeśli nie, to... Bardzo proszę.

Członek prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich Marek Krawczyk:

Marek Krawczyk. W tej chwili prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich, przewodniczący Komisji ds. Nauki, a przez osiem lat rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Panie ministrze, pan profesor Piotrowicz podniósł sprawę tej dzikiej – jak to nazwał – budowy wielu platform, które się tworzą. Jednocześnie co chwila pojawia się w ministerstwie nowy pomysł na stworzenie możliwości poprawy leczenia chorych na nowotwory. Położono kompletnie onkologię akademicką. Ona przestała prawie istnieć. Uznano, że najlepiej, jak to wszystko się zamknie w pewnych ośrodkach, które nie kształcą, bo one nie mają takich zadań.

Moje pytanie jest takie... Cała Europa idzie w kierunku centralizacji w sensie takim, że jeżeli dobrze leczy się w jakimś ośrodku czy ośrodkach, tak jak kardiologia to robi, to tak samo powinno się leczyć nowotwory, czy to będą trzustki, czy to będą nowotwory wątroby, w ośrodkach, które są do tego przygotowane. Te ośrodki w Polsce istnieją. Moje pytanie jest takie: czy państwo przewidują, żeby informatyzacja pomogła właśnie temu, do czego dąży się w Europie, żeby stworzyć sieć centralnych ośrodków? Niekoniecznie w oparciu o nazwę „instytut onkologii”, „centrum onkologii”, „ośrodek onkologiczny”, tylko tam, gdzie naprawdę potrafi się leczyć, a jest to przede wszystkim na uczelniach medycznych – i ten element gdzieś ciągle ginie.

Z panem ministrem Szumowskim jeszcze jako ministrem nauki i szkolnictwa wyższego rozmawiałem na temat urządzeń, które łączą możliwości inżynierów medycznych z medycyną. Wydaje mi się, że ten element tutaj już na poziomie... To nie jest teraz informatyzacja, ale połączenie działań, wspaniałych osiągnięć, jeśli chodzi o robotykę, ale nie tylko, bo i inteligentną medycynę na politechnikach w naszym kraju. Jest to też elementem, który warto byłoby wykorzystywać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zadać pytanie bądź zabrać głos? Jeśli nie, to dziękuję bardzo.

Zamykam listę pytań. Bardzo proszę pana ministra o odpowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Bardzo dziękuję za wszystkie pytania. Zapisałem je sobie tutaj i po kolei będę odpowiadał.

Zacznę od pytania pana posła Masłowskiego. Ile wydano na Platformę P1 i czy nie moglibyśmy wykorzystać już istniejących modułów? Projekt P1 w całości będzie kosztował około 700 mln zł. Z tego większość to są środki z budżetu UE. Ten projekt został podzielony na dwie fazy. Pierwsza faza projektu P1 zakończyła się pod koniec roku 2015. W ramach tej fazy zostały wytworzone liczne produkty, natomiast jakby nie doprowadziły one do powstania jednego, spójnego systemu. Druga faza projektu P1, która ma kosztować 172 mln zł, a też w większości będzie to dofinansowane z funduszy unijnych, będzie polegała – w pewnym uproszeniu – na tym, że wykorzystamy kod już wytworzony w tej fazie pierwszej, ponieważ to jest druga faza, czyli można powiedzieć, że to jest jakby ciąg dalszy tego projektu. Wykorzystamy to do tego, aby stworzyć to, co teraz będzie stopniowo tutaj upubliczniane, wytwarzane – te produkty, o których tutaj jest mowa.

To, że te nazwy się powtarzają, wynika jakby właśnie też z tego, że będziemy tutaj pewne elementy wykorzystywać, chociaż nie bez zmian, ponieważ np. mamy do tej pory... Mówił tu pan o stronie ikp.gov.pl. My np. uważamy, że bardziej intuicyjny może być pacjent.gov.pl. To jest oczywiście zmiana drobna, ale pokazuje, że nie wszystko będzie tak samo, jednak rzeczywiście co do zasady te elementy wykorzystamy. Mam nadzieję, że pan poseł nie przywiązał się za bardzo do tej zielonej wizualizacji, ponieważ ją też planujemy odrobinkę odświeżyć, ale no to... Wykopalisk nie prowadzimy. Mówiąc już tak zupełnie poważnie, oczywiście będziemy chcieli wykorzystać ten kod zasadniczy, związany z back-endem, z tymi najważniejszymi funkcjonalnościami biznesowymi. Natomiast pewne zmiany oczywiście będą.

Jeśli chodzi o pytanie pana posła Marchewki dotyczące elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA), to pierwszą kwestią jest długi czas logowania. To jest w ogóle bardzo dobre pytanie. Bardzo dobrze, że ono padło, ponieważ jeżeli komuś dużo czasu zajmuje logowanie, to znaczy, że nie wykorzystał tego certyfikatu, który udostępnił ZUS. To jest w ogóle świetne rozwiązanie technologiczne, ponieważ ZUS dla wszystkich lekarzy, którzy wystawiają zwolnienia, udostępnił możliwość wygenerowania sobie certyfikatu do podpisywania, ponieważ ten długi czas podpisywania wynika... On jest wtedy, kiedy ktoś podpisuje to profilem zaufanym. Jeżeli ktoś już wejdzie sobie na to konto zusowskie i wygeneruje ten certyfikat, to wtedy można się logować i potwierdzać zwolnienia tym certyfikatem. To jest dużo szybsze. Bardzo też proszę państwa, bo państwo są też na pewno w codziennym kontakcie z przedstawicielami środowiska, żeby wesprzeć tutaj trochę nasze działania w zakresie propagowania tej informacji. To jest naprawdę bardzo intuicyjny proces. Jedną z pierwszych rzeczy, które – że tak powiem – zrobiłem, przychodząc do MZ, było właśnie to, że umówiłem się z lekarzem, który mi pokazał już w praktyce, jak po prostu wygląda proces wystawiania zwolnienia. Rzeczywiście tutaj ten profil zaufany... To trwa troszeczkę za długo. Ten certyfikat to rozwiązuje.

Co więcej, my w ustawie o e-recepcie, która została opublikowana wczoraj, przewidujemy możliwość wykorzystania tego certyfikatu zusowskiego także do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej. Myślę, że to jest taki ogólny trend. Mam nadzieję, że to też państwu pokazuje, że idziemy w jakimś tam rozsądnym kierunku, że rozwiązania, które już zostały wyprodukowane, które zostały udostępnione, bo aż 70 tys. lekarzy ten certyfikat zusowski został wydany... Ci lekarze już mogą podpisywać

e-zwolnienia, ale też będą mogli podpisać e-recepty, e-skierowania i elektroniczną dokumentację medyczną.

Jesteśmy w stałym kontakcie z ZUS. Wpieramy w pełni wysiłki zakładu w zakresie wdrożenia tej funkcjonalności od 1 lipca, ponieważ nam niezwykle zależy na tym, żeby ta funkcjonalność, która przede wszystkim jest skierowana do pacjentów, którzy dzięki temu nie będą musieli np. przekazywać zwolnienia członkowi rodziny, co znamy z życia codziennego, czy pocztą trzeba było to zwolnienie wysłać do pracodawcy. Teraz ono pojawi się u niego już tego samego dnia w systemie elektronicznym, bez papierów, bez biurokracji. Naszym zdaniem to jest bardzo duże ułatwienie.

Nie chcę tutaj jakby zdradzać tej kuchni ministra rodziny, pracy i polityki społecznej, ale na pewno mogę państwu powiedzieć, że dynamicznie rośnie odsetek zwolnień wystawianych w postaci elektronicznej. Mając na uwadze tę dynamikę, należy zakładać, że termin 1 lipca jest możliwy do osiągnięcia.

Jeśli chodzi o pytanie pana posła Mężydły dotyczące dziurawego systemu, pan premier w exposé mówił, że nie wlewa się młodego wina do starych bukłaków. To do tego trochę było nawiązanie. Rzeczywiście mamy takie sygnały, że są nieefektywności. Natomiast z raportu „Polityki” opublikowanego w 2017 r. wynika, że rozwój e-Zdrowia może w Polsce przynieść oszczędności na poziomie 0,35% PKB, co jest związane m.in. z tym, że będziemy w stanie nie tylko wprowadzać lepszy poziom usług medycznych, ale też właśnie uszczelnić system. Tu na pewno o tym też trochę mówiłem. Może niewystarczająco wnikliwie się do tego odniosłem, ale rzeczywiście jednym z modułów jest hurtownia danych i system wykrywania nadużyć. Chcemy to robić. Już teraz prowadzimy pewne działania, żeby ewentualnie pewne etapy tego procesu przyspieszyć.

Bardzo dużą pracę wykonuje tutaj też Narodowy Fundusz Zdrowia. W tym zakresie zachęcam wszystkich państwa do zapoznania się z taką usługą Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP), która pozwala prześledzić wszystkie świadczenia, które zostały danemu pacjentowi przypisane w systemie funduszu. To można założyć elektronicznie bez wychodzenia z domu. W ZIP można też ewentualnie zgłosić nieprawidłowość, jakąś nieścisłość. Powiem tylko, że wyniki kontroli prowadzonych później na podstawie takich sygnałów są naprawdę obiecujące. Pan mecenas Woch pewnie zna dokładne liczby, ale chyba się bardzo nie pomylę, jeśli powiem, że nawet połowa tych zgłoszeń później się kończy taką rzeczywiście trafioną kontrolą, co jest doskonałym wynikiem. Tutaj taka samokontrola prowadzona przez wszystkich pacjentów to jest bardzo dobry mechanizm.

Jeśli chodzi o pytanie pana profesora Piotrowicza, że powstają dzikie platformy, one pewnie...

Przewodniczący Komisji Informatyki i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Ryszard Piotrowicz:

W cudzysłowie.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Tak właśnie nawet zapisałem sobie, że w cudzysłowie. Oczywiście tutaj dajemy jako ministerstwo pewne wytyczne w zakresie tego, jak te platformy powinny powstawać. Natomiast, proszę państwa, trzeba też pamiętać o tym, że bardzo duża część środków na informatyzację, szczególnie w regionach, jest w gestii samorządów. My chętnie, jesteśmy otwarci na rozmowę, ale ta rozmowa z samorządem nigdy nie może przybrać takiego – powiedziałbym – mentorskiego tonu z naszej strony. Nie możemy kazać samorządom realizować swoich zadań w sposób, który uznajemy za właściwy, bo to po prostu nie jest nasza rola. Chcemy współpracować, dajemy jakieś wytyczne, ale to jest oczywiście w gestii samorządów, żeby się do nich odnieść.

Przy czym też, proszę państwa, trochę może tak łagodząc tę pierwszą część swojej wypowiedzi, chciałbym tylko powiedzieć, że e-Zdrowie to jest naprawdę duże wyzwanie, szczególnie w takich zakresach, których dotykają te platformy. Nie wiem, czy do tego pan profesor nawiązywał. Do tych platform regionalnych, tak? To są kwestie skomplikowane nie tylko technologicznie i informatycznie, ale też organizacyjnie, ponieważ...

Jeżeli przeformatowujemy działanie świadczeniodawcy, żeby np. mógł ułożyć grafik – wydawałoby się, że najprostsza usługa – żeby móc się zapisać na wizytę, to wymaga

dostosowania operacyjnego po stronie świadczeniodawcy, które samo w sobie jest skomplikowane, bo to nie jest tylko tak, że zrobię system, tylko ja też muszę... Ten świadczeniodawca musi jakby być gotowy na to, żeby tego pacjenta o wskazanej godzinie przyjąć i dobrze obsłużyć.

Dlatego tutaj bym naprawdę z dużą wyrozumiałością do tego podszedł, aczkolwiek nie ukrywam, że tu rzeczywiście takie wytyczne dajemy. Chcemy współpracować i liczymy na to, że ta współpraca będzie coraz lepsza wraz z rozwojem funkcjonalności Platformy P1. Troszeczkę też nie dziwię się samorządom, które widząc pewne opóźnienia w projekcie centralnym, zdecydowały się wytwarzać rozwiązania same u siebie. Liczę na to, że kiedy teraz pokażemy z e-receptami to przyspieszenie, to ktoś uwierzy, że ten centralny system rzeczywiście powstanie i będzie można na nim polegać.

Tu może płynnie przejdę do pytania pana przewodniczącego Arndta w sprawie tych recept i terminu. Otóż 15 lutego, dzień przed projektowym terminem, tak naprawdę już rozpoczęliśmy fazę pilotażu. To było spotkanie z przedstawicielami farmaceutów w Skierniewicach, gdzie myśmy... Nie, przepraszam. To było w Siedlcach. Zaprezentowaliśmy możliwości tego systemu. Pytaliśmy też o wątpliwości, ponieważ pierwszy etap pilotażu to jest taki etap, w którym realizowaliśmy testy z uczestnikami pilotażu w zakresie gotowości technicznej na jego rozpoczęcie. Obecnie mamy już podpisane porozumienia pomiędzy CSIOZ a świadczeniodawcami właśnie w zakresie gotowości do realizacji pilotażu.

To jest niezwykle delikatna materia. Musimy bardzo uważać na to, żeby pewien entuzjazm – chęć zrobienia tego koniecznie już – nie doprowadził do tego, że wypuścimy produkt niegotowy, nie w pełni funkcjonalny, który mógłby po prostu skompromitować całą ideę. Dlatego idziemy stopniowo.

Zaczęliśmy od pilotażu przygotowywanego w takich bardzo laboratoryjnych warunkach. Kolejnym etapem, właśnie od 1 maja, będzie realizacja w grupie tzw. friends and family. Później na jeszcze trochę większej grupie pacjentów, ale też ograniczonej. Później terytorialnie Siedlce, Skierniewice, a później kolejne regiony. Tutaj mamy termin rozpoczęcia pilotażu – 16 lutego. Z tego się wywiązaliśmy. Natomiast termin kolejny to jest termin przyłączenia wszystkich aptek.

Nie chcemy tutaj takiego bing bang, tylko po prostu region po regionie z tym iść, żeby też np., tak pragmatycznie patrząc, być w stanie obsłużyć wszystkie zapytania, które mogą się pojawić ze strony aptekarzy. To byłoby nieracjonalne, żeby przygotować się na to, że jednego dnia wszystkich 15 tys. aptek zacznie do nas kierować kolejne zapytania. Jeżeli rozłożymy to w czasie, to jesteśmy w stanie bardziej efektywnie wykorzystać nasze zasoby i po prostu nie wprowadzać też niepokoju, bo to są...

Państwo doskonale to rozumieją, że system ochrony zdrowia dla – wydaje mi się – ponad połowy Polaków to jest najważniejsza usługa, którą obywatel otrzymuje od państwa. Nie możemy tu sobie jakby pozwolić na to, żeby wprowadzać niepewność. Wiadomo, że zawsze informatyzacja troszeczkę ją rodzi, dlatego chcemy to realizować maksymalnie miękko, ale jednocześnie z taki ambitnymi celami.

Pan profesor Chorowski zwrócił uwagę na to, że grozi nam informatyzacja procesów, które nawet już w obecnej postaci papierowej może nie są do końca efektywne. Mam nadzieję, że uda mi się tu państwa uspokoić. To nie jest w ten sposób, że realizujemy tę informatyzację bezrefleksyjnie. Robimy przegląd procesu, a następnie jakby przegląd tego, już taki proces zaktualizowany, czego przykładem jest to, że teraz, po przyjęciu nowelizacji ustawy o e-recepcie, wprowadziliśmy też pewne zmiany w rozporządzeniu związanym z realizacją recept, ponieważ gdybyśmy utrzymali tam status quo, to mogłaby być sytuacja taka, że do elektronicznej recepty trzeba coś wydrukować. Gdybyśmy powtórzyli proces papierowy, to tak by to było, ale my już chcemy – że tak powiem – się ograniczać do systemu elektronicznego.

Pytanie pana przewodniczącego Pudłowskiego: czy ten projekt może się zamknąć w cztery lata? Panie przewodniczący, powiem tak – on musi się zamknąć w cztery lata, bo to jest warunkiem utrzymania się decyzji Komisji Europejskiej pozwalającej nam na fazowanie tego projektu. Natomiast myślę, że pytanie tak naprawdę było takie: czy

w ciągu czterech lat dostarczymy Polakom system, który rozwiąże jakieś ich realne problemy? Moim zdaniem – tak.

Dla przykładu system recept to jest 250 mln dokumentów rocznie. Jeżeli te funkcjonalności, które mamy przewidziane, będą wykorzystywane w systemie ochrony zdrowia, co według planu powinno się już na stuprocentową skalę rozpocząć 1 stycznia 2020 r., to będzie to – w mojej opinii – bardzo duży i bardzo dobry impuls dla pacjentów, dla lekarzy i dla farmaceutów. Moim zdaniem naprawdę mamy szansę zrewolucjonizować to, jak ten proces jest realizowany, dać pacjentom z jednej strony komfort i większą satysfakcję, a lekarzom uprościć życie dzięki temu. Bardzo już daleko idziemy, ale jeżeli popatrzymy na dane z zagranicy, to po wprowadzeniu e-recept lekarze oszacowali oszczędność czasu na około pół godziny dziennie. Czyli tu już można w tym uwolnionym czasie zrealizować dwie, trzy konsultacje w podstawowej opiece zdrowotnej, więc to też może się przełożyć na skrócenie kolejek.

Jeśli chodzi o pytanie, czy ten projekt będzie mógł być kontynuowany – tak, planujemy to robić. Pan poseł Masłowski na początku miał tę wątpliwość, czy to nie jest aby tak, że my tu chcemy mieć ten nasz projekt po naszemu. W żadnym wypadku. To, że np. dostosowujemy interfejs, żeby on – powiedziałbym – bardziej współcześnie wyglądał, nie wynika z tego, że chcemy, żeby był tutaj nasz, bo stary się nie podoba, tylko po prostu nadążamy za zmianami w technologii. Tak samo tutaj. To ma być system, który będzie stale rozwijany, ponieważ my tutaj mówimy o trzech funkcjonalnościach, a zakres tego, co moglibyśmy mieć i to na podstawie wiedzy, którą mamy dzisiaj...

Przecież właśnie nasze dzisiejsze posiedzenie jest trochę o tym, co się może wydarzyć i o tym, że to się cały czas dzieje. Chcemy tworzyć rozwiązania na lata, które mogą być fundamentem rozwoju e-Zdrowia w Polsce. Dlatego np. wykorzystujemy technologie otwarte. Odeszliśmy od takiego modelu kupowania, który czasami wiąże się z pewnym uzależnieniem od dostawcy, także w długim terminie. Budujemy silny zespół wewnątrz CSIOZ, którego zadaniem jest właśnie wytyczanie strategii, pilnowanie, utrzymanie wiedzy, ale jednocześnie korzystamy ze zwinnych metodyk projektowych i współpracujemy z dostawcami w formule body leasingu, który jakby odpowiada takiemu elastycznemu podejściu do zarządzania całym projektem. Mam nadzieję i mam taką determinację, żeby to było realizowane w taki sposób, żeby stanowiło fundament budowy tego systemu w kolejnych latach.

Jeszcze w odpowiedzi na pytanie pana profesora *à propos* tego, czy informatyzacja będzie obejmowała stworzenie ośrodków, takich referencyjnych trochę, jak rozumiem... Wydaje się, że akurat to jest w ogóle dobry czas, jak się patrzy na takie wydarzenia za granicą. To jest ten czas, kiedy chyba coraz bardziej zaczynamy rozumieć potęgę informacji – tego, jak wielką ona ma wartość. W mojej opinii, jeżeli będziemy w stanie zintegrować informacje o całej ścieżce pacjenta, to właśnie to doprowadzi do tego, że nawet w oparciu o mechanizmy rynkowe będziemy w stanie doprowadzić do tego, że pewne ośrodki uzyskają status tych preferowanych. To też da płatnikowi, ministrowi jako kreatorowi polityki zdrowotnej wsad do tego, żeby podejmować decyzje dotyczące rozwoju całego systemu, bo ta informacja jest do tego kluczem. Naszym zadaniem jest to, żeby polityka – taka w najlepszym tego słowa znaczeniu – opierała się na obiektywnej analizie informacji, do czego systemy informatyczne są najlepszym narzędziem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Pudłowski (N):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Dziękuję państwu za udział w posiedzeniu Komisji.

Zamykam dyskusję. Stwierdzam, że porządek dzienny został wyczerpany. Zamykam posiedzenie Komisji. Protokół posiedzenia z załączonym zapisem jego przebiegu jest do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu. Życzę udanego popołudnia.